

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 2

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
**ABCÈS PELVI-PÉRITONIQUES**  
ANTÉ-UTÉRINS

**THÈSE**

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Novembre 1921

PAR

**DENIS (Robert-Auguste)**

Né à St-Avertin (Indre-et-Loire), le 13 mars 1895

Lauréat de l'Ecole de Médecine de Nantes (juillet 1920)

Croix de guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

**Examineurs  
de la Thèse**

{ ESTOR, Professeur, *Président*.  
MASSABUAU, Professeur.  
RICHE, Agrégé.  
ETIENNE, Agrégé.

*Assesseurs.*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

11, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 3-78

1921



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 2

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
**ABCÈS PELVI-PÉRITONIQUES**  
ANTÉ-UTÉRINS

**THÈSE**

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Novembre 1921

PAR

**DENIS (Robert-Auguste)**

Né à St-Avertin (Indre-et-Loire), le 13 mars 1895

Lauréat de l'École de Médecine de Nantes (juillet 1920)

Croix de guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs  
de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président*.

MASSABUAU, Professeur.

RICHE, Agrégé.

ETIENNE, Agrégé.

*Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

11, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1921





CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
ABCÈS PELVI-PÉRITONIQUES  
ANTÉ-UTÉRINS



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 2

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# ABCÈS PELVI-PÉRITONIQUES

ANTÉ-UTÉRINS

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Novembre 1921

PAR

DENIS (Robert-Auguste)

Né à St-Avertin (Indre-et-Loire), le 13 mars 1895

Lauréat de l'Ecole de Médecine de Nantes (juillet 1920)

Croix de guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs  
de la Thèse

|   |                                      |   |                    |
|---|--------------------------------------|---|--------------------|
| { | ESTOR, Professeur, <i>Président.</i> | } | <i>Assesseurs.</i> |
|   | MASSABUAU, Professeur.               |   |                    |
|   | RICHE, Agrégé.                       |   |                    |
|   | ETIENNE, Agrégé.                     |   |                    |



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1921



# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Professeurs

|                                                     |                          |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|
| Anatomie .....                                      | MM. GILIS.               |
| Histologie .....                                    | VIALLETON.               |
| Physiologie .....                                   | GRYNFELT.                |
| Physique médicale .....                             | HEDON.                   |
| Chimie biologique et médicale .....                 | N...                     |
| Botanique et histoire naturelle médicales .....     | DERRIEN, <i>doyen</i> .  |
| Anatomie pathologique .....                         | GRANEL.                  |
| Microbiologie .....                                 | MASSABUAU.               |
| Pathologie et thérapeutique générales .....         | LISBONNE.                |
| Pathologie interne .....                            | BOSC.                    |
| Thérapeutique et matière médicale .....             | N...                     |
| Hygiène .....                                       | VIRES.                   |
| Médecine légale et toxicologie .....                | BERTIN-SANS (II.)        |
| Clinique médicale .....                             | N...                     |
| Clinique chirurgicale .....                         | DUCAMP.                  |
| Clinique obstétricale .....                         | VEDEL.                   |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses .....   | TEDENAT.                 |
| Clinique ophtalmologique .....                      | FORGUE, <i>assesseur</i> |
| Clinique des maladies des enfants .....             | VALLOIS.                 |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..... | MAIRET.                  |
| Clinique gynécologique .....                        | TRUC.                    |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....             | BAUMEL.                  |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....     | ESTOR.                   |
|                                                     | DE ROUVILLE.             |
|                                                     | MOURET.                  |
|                                                     | JEANBRAU.                |

## Honorariat

*Doyens honoraires* : MM. VIALLETON et MAIRET.  
*Professeurs honoraires* : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.  
*Secrétaires honoraires* : MM. GOT et IZARD.

## Chargés de Cours complémentaires

|                                                       |              |
|-------------------------------------------------------|--------------|
| Clinique propédeutique de chirurgie .....             | MM. RICHE.   |
| Clinique propédeutique de médecine .....              | RIMBAUD.     |
| Clinique des maladies des vieillards .....            | EUZIERE.     |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées ..... | MARGAROT.    |
| Médecine opératoire .....                             | SOUBEYRAN.   |
| Pathologie chirurgicale .....                         | ETIENNE.     |
| Accouchements .....                                   | DELMAS (P.). |
| Pharmacologie .....                                   | GALAVIELLE.  |
| Matière médicale .....                                | CABANNES.    |
| Stomatologie .....                                    | WATON.       |

## Agrégés en exercice

|                |   |                |                 |   |             |
|----------------|---|----------------|-----------------|---|-------------|
| Médecine ..... | { | MM. LEENHARDT. | Chirurgie ..... | { | MM. RICHE.  |
|                |   | GAUSSEL.       |                 |   | ETIENNE.    |
|                |   | EUZIERE.       |                 |   | LAPEYRE.    |
|                |   | RIMBAUD.       |                 |   | DELMAS (P.) |
| Anatomie ..... | { | MARGAROT.      | Histoire natur. | { | GALAVIELLE. |
|                |   | DELMAS (J.).   |                 |   | CABANNES.   |
| Chimie .....   | { | MESTREZAT.     | Physique .....  | { | PECH.       |

## Examineurs de la thèse :

|                                           |                    |
|-------------------------------------------|--------------------|
| MM. ESTOR, professeur, <i>président</i> . | MM. RICHE, agrégé. |
| MASSABUAU, professeur.                    | ETIENNE, agrégé.   |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

MORTS POUR LA FRANCE

R. DENIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR  
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE  
ET D'ORTHOPÉDIE  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAUME-LOUIS  
PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS  
CHIRURGIEN DES HOPITAUX  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A TOUS MES MAÎTRES  
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS  
ET DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

R. DENIS.

## AVANT-PROPOS

*Au début de ce travail il nous est doux d'exprimer notre profonde reconnaissance à tous ceux qui nous ont instruit, guidé, encouragé au cours de nos études médicales.*

*MM. les professeurs de l'Ecole de médecine de Tours, médecins et chirurgiens, resteront désormais inscrits dans notre mémoire, tant pour leurs conseils aussi aimables qu'éclairés que pour le solide enseignement pratique qu'ils ont bien voulu nous donner.*

*Nous devons ici un remerciement tout particulier à M. le docteur Guillaume-Louis qui soutint dès avant la guerre nos premiers pas dans l'étude de la médecine et fut, dans ces derniers mois, l'inspirateur et le guide du travail que nous avons l'honneur de présenter à MM. les professeurs de la Faculté de Montpellier.*

*Que M. le professeur Estor, qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, daigne agréer ici l'assurance de notre profonde gratitude et l'hommage de ce modeste ouvrage.*

---



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
ABCÈS PELVI-PÉRITONIQUES  
ANTÉ-UTÉRINS

---

INTRODUCTION

Les suppurations pelviennes, bien connues et abondamment décrites actuellement, ont une symptomatologie chaque jour plus précise malgré la variabilité de leur siège.

Mais, si tout le monde s'entend au point de vue des symptômes de ces abcès pelvi-péritoniques, il s'en faut que la même concordance d'opinion se fasse au point de vue de la pathogénie, et les discussions ne sont point closes. Il semble cependant que l'on réserve encore aujourd'hui un cadre trop étroit à l'étiologie de ces suppurations. Il est habituel, presque doctrinal d'accuser les annexes ; leur proximité, leur si fréquente infection, les font incriminer alors même qu'elles sont innocentes, car il faut bien avouer que c'est là le plus souvent l'origine du mal.

Cependant, là n'est point la seule cause. Il convient d'envisager d'autres sources de suppuration, car d'autres organes que l'utérus et que les annexes meublent la

cavité pelvienne. A ce propos nous tenterons d'attirer tout particulièrement l'attention sur l'origine de certains abcès développés entre l'utérus et la vessie, abcès dus à la présence de l'anse sigmoïde et attenants à cette anse.

En 1904, en effet, Izard, dans sa thèse inaugurale, traçait une étude magistrale de la région utéro-vésicale et sa pathologie. A maintes reprises nous nous sommes reporté à son intéressant ouvrage et nulle part il ne nous parut avoir remarqué le rôle joué par la proximité de l'anse sigmoïde, nulle part du moins il ne signale de réactions dues à cet organe dans la région pré-utérine. Et si Boudaillez dans sa thèse, en 1910, décrit avec le plus grand soin plusieurs abcès péricoliques, ce n'est point pour signaler la localisation spéciale qu'il nous a été permis d'observer dans le cul-de-sac vésico-utérin.

En 1910 cependant, M. le professeur Lejars rapportait à la Société de chirurgie un cas typique observé par M. le docteur Guillaume-Louis (de Tours). A quelque temps de là le maître distingué en rapportait deux nouveaux cas, ainsi que M. le professeur Souligoux.

C'est pourquoi, nous appuyant sur 4 observations, les unes dues à l'obligeance de M. le docteur Guillaume-Louis, les autres publiées dans les rapports de la Société de chirurgie, nous avons consacré notre thèse à cet intéressant sujet.

---

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I

(Rapportée à la Société de chirurgie, le 10 juin 1910,  
par M. le professeur Lejars)

M<sup>me</sup> Th. G..., 28 ans, se présente le 12 février, se plaignant de douleurs abdominales qu'elle éprouve depuis très longtemps. Celles-ci ont commencé il y a quatre mois et le début, raconte la malade, a été assez brutal. Subitement un soir, après le travail de la journée, elle a commencé à souffrir dans le bas-ventre du côté droit. Les souffrances étant de plus en plus vives, la malade doit se coucher. Elle s'aperçoit alors que son ventre gonfle et elle commence à vomir.

Elle est soumise au traitement d'attente de l'appendicite : glace et opium. Les choses restent ainsi pendant trois semaines, la température oscillant entre 38° et 38°5 ; pouls bon. Les douleurs persistent dans le bas-ventre avec légère prédominance du côté gauche. Le ballonnement abdominal cède peu à peu et au bout d'un mois et demi la malade reprend ses occupations, refusant de voir un chirurgien.

Mais elle est mal en train, moins active, et une nou-

velle poussée aiguë, fébrile, s'étant produite, elle se décide à venir consulter un chirurgien.

*Examen du 12 février.* — La malade se plaint de souffrir beaucoup dans la région pelvienne, les douleurs sont augmentées par la marche et la station debout prolongée, ce qui empêche tout travail. Elles sont exagérées par la palpation sur la ligne médiane et dans la fosse iliaque gauche. Fait important : il n'y a pas de troubles génitaux, les périodes menstruelles sont régulières et en dehors du moment des règles on ne note ni leucorrhée ni métrorragie.

A la palpation on sent une tumeur résistante donnant la sensation d'une poche très tendue et n'ayant pas la dureté du fibrome. Cette tumeur est située sur la ligne médiane et remonte à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Elle n'est pas mobilisable et s'étend du côté gauche de l'abdomen.

Au toucher vaginal, on ne sent rien dans les culs-de-sac. Le col est impossible à atteindre, il est remonté très haut. En refoulant la tumeur par la paroi abdominale, on la sent tomber dans le cul-de-sac vaginal antérieur.

En outre, la malade se plaint de troubles urinaires : envies fréquentes d'uriner et douleurs à la miction. L'état général est satisfaisant, l'appétit est conservé ; pas de troubles digestifs, sinon de la constipation.

Diverses hypothèses sont émises en présence de ces symptômes : est-ce un kyste de l'ovaire à pédicule tordu ? ou une hématocele enkystée ?

*La malade est opérée le 17 février.* — Après laparotomie médiane, on tombe à l'ouverture du péritoine sur une grosse tumeur qui adhère à la vessie et a repoussé celle-ci en avant et en haut. On est obligé de décoller avec précaution la vessie pour la refouler en bas et la

placer sous une valve. La tumeur apparaît alors très nette : elle a la consistance d'un ballon moyennement tendu et contient environ un litre et demi de liquide que la ponction évacuatrice révèle être du pus. La poche est toute entière incluse dans le cul-de-sac vésico-utérin, en avant de l'utérus avec lequel elle fait corps et qui a gardé son volume normal. Il est absolument impossible de détacher la poche de l'utérus. Les annexes droites et gauches sont indépendantes de la tumeur. Mais, fait capital, la poche est adhérente à l'S iliaque. Ces adhérences sont soigneusement détachées et on fait un surjet de soutien à la soie fine sur le côlon pelvien. Ablation de l'appendice, qui est long et vascularisé, mais ne paraît pas être en cause.

Drain dans le Douglas. Drain et mèche dans la poche. Réunion partielle.

Les suites opératoires furent simples, les drains étaient supprimés le 6<sup>e</sup> jour, les fils enlevés le 10<sup>e</sup>.

La malade est sortie guérie le 22<sup>e</sup> jour.

## OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le docteur Guillaume-Louis)

M<sup>me</sup> P..., 31 ans, vient me trouver le 15 juin 1911. Elle éprouve depuis deux mois des douleurs vagues dans tout l'abdomen. Mais les souffrances sont subitement devenues plus vives depuis trois jours, à la suite d'un effort. La malade a été obligée de s'aliter et un médecin consulté a pensé à une appendicite. Mais, l'état local devenant plus grave, M<sup>me</sup> P..., m'est alors adressée.

Les douleurs pelviennes au moment de l'examen sont très accentuées. Elles siègent surtout sur la ligne médiane et sont augmentées par la palpation. La fosse iliaque droite n'est pas douloureuse, mais à gauche le palper réveille des souffrances sur le trajet de l'S iliaque, douleurs particulièrement vives en approchant de la zone médiane de l'abdomen.

Le toucher fait sentir un col utérin refoulé en arrière. Le cul-de-sac antérieur bombe et est douloureux à la pression. La malade a des envies fréquentes d'uriner, l'état général est mauvais.

On essaie le traitement par réfrigération, mais, la situation empêchant, on décide d'intervenir.

*Opération* (21 juin). — Laparotomie médiane.

Le péritoine ouvert, on rencontre une grosse poche enkystée adhérente à la vessie qui se trouve en avant d'elle et à l'utérus à laquelle elle adhère très fortement en arrière. Par ponction, on évacue de cette poche environ un litre de pus extrêmement fétide. Les annexes droites et gauches sont saines. Mais la poche est plaquée contre l'S iliaque et adhère fortement à cette anse intestinale. On arrive avec la plus grande peine à enlever toute la poche. Drain. Réunion partielle.

Suites opératoires simples. La fièvre persiste pendant trois jours, puis la température redevient normale. Le drain est enlevé après 48 heures. Les fils sont enlevés au 9<sup>e</sup> jour et la malade quitte la maison de santé 23 jours après l'opération, guérie.

### OBSERVATION III

(Rapportée par M. le professeur Lejars à la Société de chirurgie)

Une femme de 23 ans, sans antécédents génitaux, est entrée le 24 mars 1918 dans le service de M. le docteur Lejars. Elle souffre du bas-ventre depuis un mois et demi, les douleurs s'irradient dans l'aîne et dans la cuisse gauches. La constipation est tenace. Dans les dernières semaines, les douleurs se sont accusées, toujours du côté gauche. La fièvre est survenue : elle a 39° le jour de son entrée.

M. Lejars trouve une grosse masse sous-ombilicale, médiane, très sensible, assez bien limitée, tendue, de fluctuation centrale assez obscure ; le toucher vaginal ne révèle rien du côté des annexes et de l'utérus ; il permet de retrouver en avant la partie inférieure de la masse sus-pubienne.

M. Lejars incise sur la ligne médiane et ouvre un volumineux abcès gazeux d'une fétidité intestinale particulière, contenu dans une poche épaisse, parfaitement limitée du côté droit et qui se prolonge à gauche dans la fosse iliaque, attenant à l'anse sigmoïde.

Drainage et guérison.

---

#### OBSERVATION IV

(Rapportée par M. le professeur Lejars à la Société de chirurgie)

Une femme de 57 ans, qui souffrait depuis 8 mois toujours du côté gauche et qui avait vu peu à peu une grosseur se développer de ce côté. La masse était devenue médiane, saillante en avant de la région sus-pubienne et remontant à demi-distance de l'ombilic. Elle était très douloureuse au palper; la température oscillait entre 38°5 et 37°8.

Une incision fut pratiquée, on ouvrit une poche contenant une grande quantité de pus fétide d'odeur intestinale. Au fond de la poche et à gauche on arrivait sur l'anse sigmoïde qui était épaissie sur une assez large zone et de consistance indurée.

Tout le processus venait de là et la collection pelvopéritonique était d'origine sigmoïdienne.

---

## CONSIDÉRATIONS ANATOMO-CLINIQUES ET PATHOGÉNIQUES

L'utérus normal, sain, se place par le fait de sa grande mobilité sous la dépendance des organes voisins. C'est un organe central, soumis aux pressions concentriques de ceux qui l'entourent. La pesanteur, le phénomène physiologique de la respiration, la pression abdominale, augmentent son antéflexion. Il est relevé, redressé, repoussé en haut si la vessie est en état réplétion. Le col est au contraire porté en avant s'il s'agit d'une ampoule rectale démesurément distendue.

L'utérus et ses deux replis péritonéaux à direction transversale, qui constituent le ligament large, établissent une cloison dans la cavité pelvienne, divisant cette dernière en deux parties : un espace antérieur où se trouve contenue la vessie, et un espace postérieur où se trouve contenu le rectum.

La partie moyenne de cette région pelvienne antérieure se trouve d'autre part ramenée en quelque sorte à la forme d'une véritable cuvette utéro-vésicale par ce fait important que les deux ligaments ronds, dans leur trajet qui va de l'angle supérieur latéral gauche et droit

de l'utérus à la fossette inguinale profonde soulèvent un repli de péritoine constituant l'aileron antérieur du ligament large, véritable cloison secondaire encadrant de chaque côté la région utéro-vésicale.

La face antérieure de l'utérus, légèrement convexe, est unie et lisse ; elle est entièrement tapissée par le péritoine qui se relève en avant pour aller recouvrir la face postérieure de la vessie, constituant ainsi un cul-de-sac plus ou moins profond suivant l'état de plénitude ou de vacuité de la vessie : c'est le cul-de-sac vésico-utérin.

La séreuse ne recouvre pas la face antérieure et les bords latéraux du col ainsi que tous les bords latéraux du corps de l'utérus. Le péritoine se réfléchit en général sur la face vésicale de l'utérus au niveau de l'isthme ; il est très adhérent à la moitié supérieure du corps en avant et dessine par sa zone adhérente une courbe à convexité inférieure, disposition qui montre pourquoi les tumeurs qui nous intéressent ne font qu'un avec le corps de l'utérus et pourquoi elles ne sont pas décollables.

Par l'intermédiaire du cul-de-sac vésico-utérin, la face antérieure de l'utérus est en rapport avec la vessie, rapports d'autant plus intimes que la vessie est pleine ; mais, lorsque cette dernière est vide, il est extrêmement fréquent de voir des anses intestinales venir s'interposer entre elle et l'utérus. Et parmi ces anses intestinales nous avons à nous occuper plus spécialement ici de la présence de l'anse sigmoïde, segment intestinal mobile intermédiaire à deux segments fixes : côlon iliaque en haut, rectum en bas.

Sur le vivant comme sur le cadavre, l'anse sigmoïde nous apparaît sous l'aspect d'un tube presque uniforme,

sans bosselures ni sillons. Il existe seulement des franges adipeuses et deux bandes longitudinales, l'une antérieure, l'autre postérieure. Cette anse, longue en moyenne de 35 à 40 cent., mais qui peut atteindre 80 cent., nous offre à considérer une portion iliaque et une portion pelvienne, l'une fixe, l'autre mobile. Cette dernière occupe normalement, ou du moins dans la majorité des cas, l'excavation pelvienne tombant dans l'espace compris entre le rectum et l'utérus. Mais il n'en est pas toujours ainsi et nous relevons en particulier dans le Traité d'anatomie humaine de M. le professeur Testut ce qui suit : « La portion pelvienne, écrit-il, repose par sa face inférieure sur les organes que renferme le bassin ou entre ces organes...; chez la femme, au-dessus de la vessie et de l'utérus ou dans l'un des deux culs-de-sac vésico-utérin ou recto-vaginal. » Ces diverses positions sont dues à l'extrême mobilité de l'anse sigmoïde entourée par le péritoine dont les deux feuillets s'accolent au niveau de la face postérieure de façon à constituer un méso en éventail largement étalé qui la réunit à la paroi, formant le méso-sigmoïdien. Ce vaste méso, large dans sa partie moyenne de 12 à 16 cent., permet à cette anse une très grande mobilité.

Ajoutons de plus que l'anse sigmoïde nous présente deux coudures importantes, l'une gauche et l'autre droite, et que cette prolongation du côlon pelvien dans la fosse iliaque droite présente parfois des rapports assez intimes avec le cæcum. Cette position droite, en tous cas, nous permettra d'expliquer pourquoi nous avons pu être attiré par une douleur siégeant dans la fosse iliaque droite, voire même pourquoi cette douleur fut primitivement localisée à droite.

Mais nous croyons d'autre part pouvoir faire com-

prendre, au moins en partie, l'infiltration de la collection entre l'utérus et la vessie parce double fait que : d'abord si la vessie est vide, peu volumineuse, elle n'offrira pas de résistance au glissement de la masse dans le cul-de-sac vésico-utérin. Or elle sera irritée par proximité de la réaction intestinale ou péri-intestinale ; d'où diminution de sa contenance, soit par cystite due aux réactions environnantes comme le signale Vergely dans sa thèse, soit tout simplement par compression ou du fait des adhérences qui se seront formées en arrière d'elle ou au-dessus. De plus, ces phénomènes d'excitation et de compression expliquent à eux seuls les troubles urinaires. Ensuite l'utérus, organe ferme et rigide sur le cadavre, n'a point du tout la même consistance sur le sujet vivant. Pendant la vie, cette consistance est beaucoup plus faible. Les parois de l'organe sont molles et malléables, suffisamment, dit le professeur Testut, « pour permettre aux intestins remplis de matières fécales ou simplement dilatés par les gaz d'y laisser leur empreinte ». Nous ne reviendrons pas, d'autre part, sur l'extrême mobilité de l'utérus qui, normalement en antéflexion, peut être trouvé dans toutes les positions, basculant sur le plancher pelvien qui constitue son plan d'appui en bas au moyen des releveurs de l'anus.

A fortiori pensons-nous qu'une collection liquide, purulente ou autre, puisse s'infiltrer par déplacement suivant le sens de la pesanteur, facilitée par cette malléabilité signalée plus haut, entre les parois de la vessie et de l'utérus.

Les suppurations pelviennes, dit Izard, sont dues à la présence de pus dans les organes et le tissu cellulaire de remplissage du petit bassin, sans rien spécifier ni de

l'origine ni de la localisation accidentelle du foyer purulent. Le pus se collectera le plus souvent, soit sur place, soit à distance de la lésion initiale par l'intermédiaire de fusées purulentes.

Quelle que soit son origine, génitale, vésicale ou intestinale, la pelvi-péritonite présente le même ensemble symptomatique général et nous n'avons à noter que ce fait que nous retrouvons, d'après Izard, comme signe commun de toutes les tumeurs développées dans la région utéro-vésicale, c'est qu'elles ont un signe physique qui leur est propre : elles sont perceptibles par le doigt à travers le cul-de-sac vaginal antérieur.

Mais pratiquement nous sommes ramenés à l'histoire des abcès pelvi-péritoniques : des collections de pus établies dans un point du péritoine pelvien qui se sont créées des zones d'adhérence et figurent des péritonites purulentes enkystées. Elles ont, à l'origine, leur point de départ dans un organe pelvien, mais elles siègent en dehors de cet organe, elles ont une paroi propre néoformée. Ces abcès sont plus fréquents autour des annexes suppurées, mais il ne faut pas oublier cependant, comme le signale Boudaillez, qu'« en dehors de la période puerpérale on peut rencontrer chez la femme des accidents aigus à point de départ colique que l'on attribue facilement à l'appareil génital pourtant indemne ». Ce que ces collections pelvi-péritoniques de voisinage ont de particulier, c'est qu'elles ne se prêtent pas à la décoloration en bloc et qu'elles sont ouvertes au cours de la libération annexielle. Il s'agit donc, dans ces abcès, d'une infection péritonéale secondaire, mais qui n'en est pas moins la cause immédiate des réactions observées, la cause des accidents et du danger. Les abcès sont développés, dans les cas qui nous intéressent, dans la

région vésico-utérine, et nous trouvons dans la thèse d'Izard une étude intéressante du processus évolutif des collections développées dans cette région : « La pelvi-péritonite antérieure, dit-il, diffère peu de la pelvi-péritonite postérieure ; elle débute par la congestion de la séreuse qui se dépolit, s'épaissit, sécrète des exsudats qui s'organisent sous la forme de fausses membranes soudant entre eux les feuillets pariétaux de la vessie et de l'utérus, et les feuillets viscéraux des anses intestinales contenues dans le cul-de-sac péritonéal. Des cavités se créent ainsi qui se remplissent d'un liquide séreux, séro-purulent, puis nettement purulent ; les cavités s'ouvrent les unes dans les autres et la collection se trouve constituée qui acquerra parfois un volume considérable. » Et plus loin : « Il ne faut pas oublier que nous avons au-devant de l'organe gestateur un organe normal, la vessie, et parfois des anses intestinales quand l'utérus est en rétroversion habituelle. » Et il signale que l'infection, partie d'un organe quelconque, peut gagner toute l'épaisseur des parois et atteindre le péritoine qui va réagir pour son propre compte. Les lésions intestinales pourront par le même processus déterminer de la pelvi-péritonite antérieure.

C'est précisément parce que les infections de cette région utéro-vésicale peuvent être de plusieurs origines que le diagnostic étiologique peut être particulièrement délicat. C'est ce point spécial que M. le professeur Lejars a bien mis en évidence dans son rapport et c'est sur lui que nous appellerons l'attention.

Nos observations, en effet, paraissent mettre en lumière un côté pathogénique spécial de ces abcès pelvi-péritoniques, l'origine sigmoïdienne, et c'est parce que l'on en parle peu qu'il est utile de la signaler. Dans ces

abcès, les annexes et l'appendice sont très souvent en cause, mais les observations de cette nature sont aujourd'hui fort nombreuses. M. Potherat, en 1910, en rapportait plusieurs exemples à la Société de chirurgie. La part faite aux annexes et à l'appendice ne saurait être exclusive et c'est là le point important de la question. En ces dernières années, la pathologie de l'anse sigmoïde a été de mieux en mieux connue, on a appris à diagnostiquer les sigmoïdites et les péri-sigmoïdites. Saillant et Boudaillez ont, dans leurs thèses, jeté la lumière sur la question et le rôle particulier et spécial joué par la stase intestinale dans l'anse sigmoïde est montré plus spécialement par Saillant. La constipation joue en effet un rôle essentiel : « C'est que par suite de ses dispositions anatomiques, écrit-il, l'S iliaque est particulièrement intéressée dans les cas de coprostase. Sa longueur, sa mobilité, ses coudures la prédisposent à la stase fécale. »

Dans nos observations, cette origine sigmoïdienne semblait assez nette, les annexes étaient absolument saines. L'appendice ne pouvait être incriminé. D'autre part, il y avait adhérence de la poche à l'S iliaque. Voilà des données anatomo-pathologiques qui nous paraissent susceptibles d'arrêter l'attention. Mais ce n'est pas tout. L'histoire clinique elle-même est en faveur de l'origine sigmoïdienne. La malade, une fois passée la crise aiguë du début, a toujours souffert du côté gauche et c'est de ce côté que s'étendait la tumeur qu'on sentait au palper. Le passé utéro-annexiel ne présentait aucune charge. Nous pensons que cet ensemble suffit pour faire accuser l'S iliaque. Y a-t-il eu perforation antérieure par un petit corps étranger ? On ne sait. L'anse sigmoïde étant un lieu d'élection pour l'accumulation anormale des matières, ces matières s'accumulant de préférence dans la partie

déclive qu'est le cul-de-sac vésico-utérin, s'en est-il suivi une sigmoïdite stercorale ? — Saillant pense que les matières accumulées jouent simplement vis-à-vis de la muqueuse un rôle irritatif, elles déterminent d'abord de l'hyperhémie, puis de véritables lésions ulcératives à la faveur desquelles les microorganismes dont la virulence est exaltée par la stase pénètrent dans les parois intestinales. Mais le fait en lui-même n'en est pas moins là. Ce n'est pas un fait isolé. Nous rapportons, en effet, deux cas de M. le professeur Lejars, et là, l'origine sigmoïdienne de l'abcès médian paraît démontrée par les caractères du pus dans l'un des cas, par les résultats de l'exploration directe dans l'autre.

Il est à remarquer que dans les deux observations auxquelles nous faisons allusion (obs. III et IV), que nous avons rapportées plus haut, l'évolution fut celle d'une sigmoïdite, ce qui semble déjà affirmer qu'il s'agit bien d'une origine telle. En effet, Saillant signale les caractères évolutifs de cette forme chronique dans laquelle la douleur a une intensité variable suivant les cas, mais est constante : coliques plus ou moins vives à gauche. Mais au bout d'un certain temps, dans les formes adhésives, il se forme une tumeur iliaque qui devient petit à petit plus nettement appréciable, extrêmement douloureuse à la pression. Il s'agit le plus souvent d'une masse arrondie du volume du poing, d'une orange. Et, si l'on a affaire à une tumeur médiane comme dans nos cas, elle est fixée dans le cul-de-sac vésico-utérin. Les symptômes de début ont été ceux d'une péricécalite aiguë, banale, mais qui, au bout d'un certain temps, n'a pas subi d'accalmie. La température est restée élevée, sueurs, pâleur, visage terreux, yeux excavés. En somme, on a affaire à une réaction péritonéale. Cependant greffés sur une sig-

moïdite à allure bénigne peuvent tout à coup éclater des phénomènes brusques et violents ; ils traduisent en quelque sorte la complication péricisimoïdienne.

Mais si, comme cela a été décrit, les tumeurs de cette région peuvent parfois se résorber sous l'influence d'un simple traitement médical, il arrive le plus souvent que la tumeur augmente de volume au milieu de symptômes graves qui sont même le seul symptôme auxquels s'attachent les malades après avoir entraîné quelque temps une opiniâtre constipation ; c'est sans doute pourquoi Boudaillez écrit que dans la péricisimoïdite suppurée le début revêt une forme brutale qui n'existe jamais dans les sigmoïdites simples : « Il n'est précédé d'aucun prodrome et surprend des individus qui la veille se livraient à des exercices violents. En général, le fonctionnement de l'intestin chez tous ces malades est défectueux, la constipation est la règle. » Ajoutons qu'au point de vue pathogénique un tel début brusque et violent ressemble à s'y méprendre à une petite perforation d'organe abdominal.

Quant à la qualité du pus, si nous nous reportons aux deux belles observations (Obs. XV et XVI) publiées dans la thèse de Boudaillez, nous voyons que la culpabilité de l'anse sigmoïde n'est pas douteuse. Il arrive que la cavité même de l'anse sigmoïde soit en communication directe avec l'abcès qui s'est formé, et, qui plus est, l'orifice de l'abcès peut être mal disposé pour permettre l'évacuation du pus par l'intestin et pourtant laisser passer de dedans en dehors du contenu intestinal à la manière d'une soupape. Ainsi établi, cet abcès peut continuer à augmenter de volume, sa coque s'épaississant jusqu'à atteindre près de 2 à 3 centimètres, la virulence des germes qu'elle renferme étant sans cesse exaltée par la stase et les nouveaux apports microbiens. Dans ces

observations, comme dans les nôtres, on trouve plusieurs exemples où en ouvrant l'abcès on est tombé dans un mélange de pus et de matière fécale. Ces exemples sont rapportés dans les thèses citées plus haut. Si nous les rapprochons de ceux que nous avons rapportés, il ne faut pas s'étonner de leur origine.

Mais où nos observations diffèrent de celle de Saillant, c'est dans la localisation. En effet, nous voyons partout qu'il s'agit d'abcès sigmoïdiens développés dans la fosse iliaque gauche. Dans les observations que nous avons relatées, il s'agit d'une localisation au milieu et en avant de la région pelvienne, dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Les faits de ce genre valent d'être retenus désormais. Les abcès anté-utérins, de quelque origine qu'ils soient, ne sont pas de ces affections qui prêtent à des discussions de technique : l'incision et le drainage résument tout le traitement. La guérison définitive est souvent obtenue ainsi, mais ils sont importants à connaître à cause des interventions complémentaires qui peuvent devenir nécessaires si l'on doit s'adresser au foyer originel. C'est alors qu'il convient de se rappeler la possibilité de l'origine sigmoïdienne. Les faits parlent pour nous et nous pensons qu'il est bon de maintenir au nombre des suppurations anté-utérines le petit groupe des abcès pérисigmoïdiens, et nous croyons intéressant de ne pas les oublier.

---

## CONCLUSIONS

1° Il existe autour de l'anse sigmoïde des abcès qui prennent leur origine sur cette anse par péricolite. Ces tumeurs sont la plupart du temps immobilisées par suite du travail inflammatoire péritonéal, et adhérentes aux organes voisins.

2° Ces suppurations, entre autres sièges, peuvent s'installer dans le cul-de-sac vésico-utérin et y donner le change avec des suppurations d'une autre origine. Aussi doit-on tenir le plus grand compte des symptômes observés.

3° Les observations en sont rares. Le plus souvent le diagnostic étiologique n'est fait qu'à l'occasion de l'opération, mais il est capital d'y penser pour le cas d'interventions sur l'organe en cause.

4° La perception de ces tumeurs à travers le cul-de-sac antérieur du vagin est un des symptômes les plus caractéristiques.

5° L'abcès péri-sigmoïdien anté-utérin n'est pas une entité morbide, mais une localisation accidentelle de l'infection purulente.

---



## BIBLIOGRAPHIE

- BOUDAILLEZ. — Sigmoidites et përisigmoidites (Thèse Paris, 1910).
- GERSTER. — New-York med. Journ., 5 juillet 1890.
- GUILLAUME-LOUIS (Docteur). — Archives médico-chirurgicales de province, juin 1906.
- Gazette des hôpitaux, mai 1907.
- Journal de gynécologie, juin 1910.
- IZARD. — Essai anatomique, pathogénique et clinique sur la région utéro-vésicale (Thèse Paris, 1904).
- JOCET. — Collections séreuses pelviennes (Thèse Paris, 1897).
- LEJARS (Professeur). — Sigmoidites et përisigmoidites, 1904.
- Société de chirurgie, 29 juin 1910.
- MICHAUD. — Société de chirurgie, 7 mars 1906.
- PÉRIMOND. — Absès pelviens ouverts dans la vessie (Thèse Lyon, 1897).
- SAILLANT. — Sigmoidites et përisigmoidites (Thèse Paris, 1906).
- TESTUT. — Anatomie humaine.
- VERGELY. — Influence de l'utérus sur la vessie en dehors des néoplasmes et de l'état puerpéral (Thèse Paris, 1899).
-

---

En ma qualité de Censeur de tour,  
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude des abcès  
pelvi-péritoniques anté-utérins.

par R.-A. Denis.

Je pense que la Faculté peut en  
permettre l'impression.

Montpellier, le 3 novembre 1921.

Le Professeur,  
ESTOR.

---

Vu :

Montpellier, le 8 novembre 1921.

Le Doyen,  
E. DERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 8 novembre 1921.

Le Recteur,  
Jules COULET.

---

# SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*

---



---

Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière  
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.

---







